

# Hugræn atferlismeðferð við svefnleysi hjá börnum og unglingum

## Hvað er svefnleysi?

Svefnleysi (*insomnia*) er ein tegund svefnerfiðleika sem hrjáir bæði börn og fullorðna. Til að uppfylla greiningarskilmerki fyrir svefnleysi samkvæmt bandaríska greiningarkerfinu DSM-5 þarf viðkomandi að eiga erfitt með að sofna, erfitt með að haldast sofandi og/eða sofna aftur í svefnrofi og/eða að vakna of snemma og geta ekki sofnað aftur. Þessir erfiðleikar eru til staðar að minnsta kosti þrjá daga í viku og hafa verið viðvarandi í að minnsta kosti þrjá mánuði þrátt fyrir næg tækifæri til að sofa. Auk þess valda þessir erfiðleikar mikilli streitu og/eða hömlun í vinnu, námi, samskiptum, hegðun eða á öðrum mikilvægum sviðum daglegs lífs. Ekki er hægt að skýra erfiðleika með svefn betur með öðrum svefnröskunum eins og drómasýki, kæfisvefni eða röskun sem tengist svefn-vöku taktinum, með öðrum geðrænum vanda eins og kvíða eða þunglyndi eða lyfjanotkun. Tengsl eru milli svefnleysis og ýmissa raskana hjá börnum, svo sem almennrar kvíðaröskunar, aðskilnaðarkvíðaröskunar, félagsfælni, árattu- og þráhyggjuröskunar, ADHD, Tourette heilkennis og einhverfu.

## Hversu algengt er svefnleysi hjá börnum og unglingum?

Samkvæmt niðurstöðum rannsókna eiga um 23% 11 til 13 ára barna við svefnerfiðleika að stríða, 17% eiga í erfiðleikum með að sofna, 7,8% með að haldast sofandi og 2,2% með bæði. Niðurstöður rannsókna gefa þó líklega ekki rétta mynd af umfangi vandans þar sem foreldrar eiga til að vanmeta einkenni svefnleysis hjá eldri börnum og átta sig ekki á þeim áhyggjum sem svefnleysið veldur. Því eldra sem barn er því betri heimildarmaður er barnið sjálft og því yngra því betri heimildarmaður er foreldrið. Fyrir börn á miðstigi (10 til 13 ára) gagnast því best að sækja upplýsingarnar frá barni og foreldrum þess. Fyrir kynþroskaaldurinn er tíðni svefnleysis svipuð hjá drengjum (4,3%) og stúlkum (3,4%). Við kynþroskaaldurinn eykst tíðnin hjá báðum kynjum (drengir 9,1%, stúlkur 12,2%) en meira hjá stúlkum. Upphaf svefnleysis er að meðaltali við 11 ára aldur. Mikilvægt er að hafa þessa tölfræði í huga því svefnleysi lagast ekki af sjálfu sér og ef það er ekki meðhöndlað getur það varað í mörg ár og haft alvarlegar afleiðingar fyrir barnið og fjölskylduna í heild sinni.

## Hvaða áhrif hefur svefnleysi á heilsu, líðan og þroska barna og unglunga?

Niðurstöður rannsókna hafa endurtekið sýnt að of lítill svefn miðað við aldur og léleg gæði svefns hafi neikvæð áhrif á heilsufar, eðlilega þroskaframvindu, viðhorf til náms, mætingar í skóla, námsárangur, samskipti, hegðun, líðan, minni og einbeitingu. Börn sem þjást af svefnleysi upplifa meiri kvíða og við 9 ára aldur eru þau líklegri til að eiga við reiðistjórnunar- og hegðunarvanda að stríða en börn sem ekki þjást af svefnleysi. Þar að auki hefur svefnleysi áhrif á alla fjölskylduna þar sem það ýtir undir svefnleysi foreldra, skerðir færni þeirra til að takast á við svefnleysi barnsins, veldur álagi á heimilinu og ýtir undir neikvætt samskiptamynstur. Svefnleysi er því vandamál sem hefur áhrif á líðan, hegðun og færni barns og fjölskyldunnar allan sólarhringinn.

## Hvað orsakar svefnleysi?

Svefnleysi má rekja bæði til erfða og umhverfisþátta. Börn sem eru viðkvæm, sofa létt, eru óörugg, með sjúkdóma eða frávík í taugaproska, búa við fátækt eða eru með lélegt stuðningsnet eru næmari fyrir að þróa með sér svefnleysi en önnur börn. Í hugrænu líkani um svefnleysi eru þetta kallaðir áhættuþættir (*predisposing factors*), það er þættir sem hafa áhrif á hvar þröskuldur fyrir að þróa með sér svefnleysi liggur. Áhrifaþættir (*precipating factors*) eins og veikindi, ofnæmi, streita, áföll, þroskaframvinda og eðlilegur ótti á ákveðnum aldurs skeiðum eru þættir sem ýta svo undir þróun svefnleysis. Viðhaldandi þættir (*perpatuating factors*), það er slæmar svefnvenjur, óraunsæar hugsanir, áhyggjur, kvíði og virknin sem hann vekur í sjálfvirka taugakerfinu, öryggisrástafanir og viðbrögð umönnunaraðila er það sem viðheldur svo svefnleysinu.

Slæmar svefnvenjur geta til dæmis verið of mikil hreyfing, skjátími og þung máltíð fyrir svefntíma, koffínneysla of seint að degi til, lúrar yfir daginn, óregla á svefn og vökutíma, að liggja of lengi í rúminu vakandi eða leggjast of snemma til svefns. Til óhjálplegra hugsana teljast til dæmis áhyggjur af því að vera andvaka, fullvissa um vangetu til að sofna án aðstoðar og óraunhæfar væntingar til svefns. Þessar áhyggjur valda kvíða, virkni í sjálfvirka taugakerfinu eykst, líkamshiti og hjartsláttur eykst og líkami og heili ná ekki þeirri ró sem þarf til að sofna. Öryggisráðstafanir eru það sem viðkomandi gerir til að koma í veg fyrir að það sem hann óttast gerist. Dæmi um öryggisráðstafanir sem viðhalda svefnleysi hjá barni eru að koma fram, kalla, ræða áhyggjur og passa upp á að ákveðin skilyrði séu til staðar. Dæmi um viðbrögð umönnunaraðila sem viðhalda svefnleysinu eru að hughreysta, sitja hjá barni og ræða áhyggjur þess á svefntíma.

Samkvæmt hugrænu líkani getur barn sem er viðkvæmt og sefur laust (áhættuþættir) því þróað með sér skammvinnnt svefnleysi vegna tímabundinna veikinda (áhrifaþáttur). Ef svefnleysið heldur áfram þegar barnið hressist er hægt að tala um langvarandi svefnleysi og þá er annað (t.d. slæmar svefnvenjur og viðbrögð umönnunaraðila) sem viðheldur svefnleysinu en ýtti undir það í upphafi.

## Í hverju felst hugræn atferlismeðferð við svefnleysi (HAM-S) hjá börnum og unglingum?

HAM-S hjá börnum og unglingum byggist á HAM-S fyrir fullorðna. Áður en meðferðin hefst fer fram mat á vandanum meðal annars með viðtali og skimunarlistum. Markmið meðferðarinnar er að vinna með það sem viðheldur svefnleysinu, það er, slæmar svefnvenjur, óraunsæar hugsanir, öryggisráðstafanir og óhjálpleg viðbrögð foreldra á svefntíma. Veitt er fræðsla um eðli svefns, þætti sem hafa áhrif á og viðhalda svefnerfiðleikum og góðar svefnvenjur og barn og/eða foreldri beðið að halda svefn dagbók.

Að skilgreiningu vandans og fræðslu lokinni er unnið að því að breyta svefnvenjum barnsins, laga til í svefnumhverfi þess og setja skýra háttatímarútinu með það markmið að auka líkur á að barnið sofni þegar það leggst í rúmið. Samræður þegar komið er upp í rúm eiga að takmarkast við fyrirfram ákveðinn tíma og jákvæða upplifun. Setja þarf reglur um hvað barnið gerir í rúminu, fjölda bóka/söngva eða mínútur sem barn má lesa eftir að það

leggst í rúmið. Auk þess er gagnlegt að setja takmarkanir á skipti sem barn kallar, foreldri kemur í herbergi eða barn fer fram eftir að ljós eru slökkt til dæmis með því að nota svefnpassa. Mikilvægt er að draga úr birtustigi, slökkva á skjám um tveimur tímum fyrir svefntíma og geyma snjallsíma og raftæki utan svefnherbergis. Jafnframt er lögð áhersla frá upphafi á áreitastjórn en það er þegar ákveðin hlutlaus áreiti í umhverfinu vekja upp ákveðnar tilfinningar og lífeðlisfræðilega svörun. Hjá þeim sem glíma við langvarandi svefnleysi er rúmið til dæmis orðið áreiti eða kveikja fyrir áhyggjur, kvíða og andvöku þar sem viðkomandi liggur oft lengi vakandi í rúminu án þess að sofna. Í HAM-S felst áreitastjórn í að tengja rúmið við syfju, ró og svefn.

Tímabundinni svefnskerðingu, sem er lykilþáttur HAM-S hjá fullorðnum, er stundum beitt í meðhöndlun svefnleysis hjá eldri unglingum en sjaldan hjá börnum. Hinsvegar er lögð áhersla á að leiðrétta neikvæðar hugsanir og óraunsæ viðhorf og væntingar sem tengjast svefni, meðal annars með atferlistilraunum. Ef barn trúir til dæmis að það geti eingöngu sofnað með aðstoð foreldra eru gerðar tilraunir þar sem dregið er markvisst úr aðstoð foreldra og athugað hvað gerist. Oftast nær barnið að sofna á styttri tíma þegar foreldrar aðstoða það ekki. Barnið lærir þannig að það getur sofnað sjálft og að aðstoð foreldra á svefntíma sé óhjálpleg. Til að þetta takist þarf að vinna samhliða með hegðun foreldra, það er takmarka eða draga smám saman úr þjónustu sem þeir veita á svefntíma og þegar barn vaknar á nóttunni. Foreldrum er einnig ráðlagt að veita æskilegri hegðun á svefntíma jákvæða athygli. Í lok meðferðarinnar er lögð áhersla á að halda rútinu sama hvað kemur upp á og setja niður skipulag um hvernig á að viðhalda árangri og takast á við bakslög. Lengd meðferðar fer eftir aldri, þroska og eðli vandans hverju sinni en tekur að jafnaði um fjögur til átta skipti á sex til tíu vikna tímabili.

### **Hversu árangursrík er HAM-S hjá börnum og unglingum í samanburði við önnur meðferðarform?**

Töluvert hefur verið birt af rannsóknum á árangri atferlismeðferðar við meðhöndlun svefnleysis hjá börnum en rannsóknir á árangri HAM-S hjá börnum eru á byrjunarstigi. Í yfirlitsgrein Mindell og féлага frá árinu 2006 kemur fram að um 94% rannsókna sýna fram á árangur atferlismeðferðar í meðhöndlun svefnferfiðleika hjá börnum. HAM-S hjá börnum felur í sér notkun þessara aðferða með hugrænum aðferðum til viðbótar. Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar á árangri HAM-S hjá börnum á skólaaldri (6 til 12 ára) lofa góðu og benda til að meðferðin skili skammtíma- og langtímaárangri umfram biðlista. Auk þess benda niðurstöður til að HAM-S veitt í hóp og á netinu skili árangri við meðhöndlun svefnleysis hjá unglingum. Árangurinn virðist vera mestur ef notuð er margþátta hugræn atferlismeðferð eins og þegar hefur verið líst. Þrátt fyrir að niðurstöður rannsókna sýni að atferlismeðferð og HAM-S skili miklum árangri á tiltölulega stuttum tíma hjá flestum börnum er mjög algengt að svefnleysi barna sé meðhöndlað með lyfjagjöf þó vitað sé að lyfin sem eru notuð henti alls ekki börnum. Ísland er þar engin undantekning og hefur vinninginn í samanburði við hin norðurlöndin hvað varðar ávísun *Circadin* vegna svefnleysis hjá börnum. Áhrif svefnlyfja á börn eru ekki þekkt og auk þess breyta lyfin ekki því sem viðheldur svefnleysinu. Það er því

ljóst að atferlismeðferð eða HAM-S ætti alltaf að vera fyrsti valkostur þegar kemur að meðhöndlun svefnleysis hjá börnum þó að stundum sé síðan þörf á viðbótarmeðferð í formi lyfja.

## Heimildir

- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong, J. M., Ruttle, P. L., Klein, M. H., Essex, M. J. og Benca, R. M. (2014). Association of child insomnia, sleep movement, and their persistence with mental health symptoms in childhood and adolescence. *Sleep*, 37(5), 901-909.
- deBruin, E. J., Bögels, S. M., Oort, F. J., Meijer, A. M. (2015). Efficacy of internet and group-administrated cognitive behavioral therapy for insomnia in adolescents: A randomized controlled trial with internet therapy, group therapy and a waiting list condition. *Sleep*, 38, 1913-1926.
- Donskoy, I. og Loghmanee, D. (2018). Insomnia in adolescence. *Medical Sciences*, 72(6), 1-12.
- Durand, V. M. (2008). *When Children Don't Sleep Well: Interventions for Pediatric Sleep Disorders Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Erla Björnsdóttir. (2017). *Svefn*. Reykjavík: Prentmiðlun.
- Ferber, R. (2006). *Solve your Child's Sleep Problems*. USA: Touchstone.
- Freeman, K. A. (2006). Treating Bedtime Resistance with the Bedtime Pass: A Systematic Replication and Component Analysis with 3-Year-Olds. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(4), 423-428.
- Hale, L. og Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 50-58.
- Hill, C. (2011). Practitioner Review: Effective treatment of behavioral insomnia in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(7), 731-741.
- Ma, Z-R, Shi, L-J. og Deng, M-H. (2018). Efficacy of cognitive behavioral therapy in children and adolescents with insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 51 (6), 1-8.
- Mindell, J.A., Kuhn, B., Lewin, D.S., Meltzer, L.J., Sadeh, A. og The American Academy of Sleep Medicine. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children, *Sleep*, 29, 1263-1276.
- Mindell, J. A. og Owens, J. A. (2003). *A clinical guide to pediatric sleep: Diagnosis and management of sleep problems*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Moore, B. A., Friman, P. C., Fruzzetti, A. E. og MacAleese, K. (2007). Brief report: Evaluating the bedtime pass program for child resistance to bedtime—A randomized, controlled trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(3), 283-287.
- Ólafur B. Einarsson, Lárus S. Guðmundsson og Magnús Jóhannsson. (2016). Aukning á notkun svefnlyfja meðal barna á Íslandi. Sótt 4. janúar 2019 á <https://www.landlaeknir.is/um-embættid/frettir/frett/item30737/aukning-i-notkun-svefnlyfja-medal-barna-a-islandi>

- Paine, S. og Gradisar, M. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for behavioral insomnia of childhood in school-aged children. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 379-388.
- Pelayo, R. og Huseni, S. (2016). Pharmacotherapy of Insomnia in Children. *Current Sleep Medicine Rep*, 2, 38-43.
- Quine, L. (2001). Sleep problems in primary school children: Comparison between mainstream and special school children. *Child: Care, Health and Development*, 27(3), 201-221.
- Ree, M. og Harvey, A. (2004). Insomnia. Í Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennel, M., Hackmann, A., Muller, M. og Westbrook, D. (ritstj.). *Oxford Guide to Behavioral Experiments in Cognitive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Schlarb, A.A., Bihlmaier I., Velten-Schurian K., Poets, C.F. og Hautzinger, M. (2018). Short- and Long-Term Effects of CBT-I in Groups for School-Age Children Suffering From Chronic Insomnia: The KiSS-Program. *Behavior Sleep Medicine*, 16(4), 380-397.
- Schlarb, A. A., Liddle, C. C. og Hautzinger, M. (2011). JuSt – a multimodal program for treatment of insomnia in adolescents: A pilot study. *Nature Science of Sleep*, 3, 13-20.
- Schlarb, A. A., Gulewitsch, M. D., Weltzer, V., Ellert, U. og Enck, P. (2015). Sleep duration and sleep problems in a representative sample of German Children and Adolescents. *Health*, 7, 1397-1408.
- Sheldon, S.H. (2001). Insomnia in Children. *Current Treatment Options in Neurology*, 3, 37-50.
- Schwedtle, Kanis, Kahl, Kuber og Schlarb (2013). A new diagnostic tool for children with sleep disorders. *Somnologie*, 17(3), 199–204.
- Taylor, D. J. og Roane, B. M. (2010). Treatment of Insomnia in Adults and Children: A Practice-Friendly Review of Research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(11), 1137-1147.
- Tompkins, M.A. og Thompson, M.A. (2018). The insomnia workbook for teens. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- Walker, M. (2017) *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. New York: Scribner.
- Yland, J., Guan, S., Emanuel, E. og Hale, L. (2015). Interactive vs. passive screen time and nighttime sleep duration among school-aged children. *Sleep Health*, 1(3), 191-196.
- Younus, M. og Labellarte, M. J. (2002). Insomnia in Children: When are Hypnotics Indicated? *Pediatric Drugs*, 4(6), 291-403.
- Zhang, J., Chan, N. Y., Lam, S. P., Li, S. X., Liu, Y., Chan, J. W. Y. o.fl. (2016). Emergence of Sex Differences in Insomnia Symptoms in Adolescents: A Large-Scale School-Based Study. *Sleep*, 39(8), 1563-1570.